

"My precious"

*Bruk av ringer og klokker blant leger ved
medisinsk avdeling, Hamar Sykehus*

Marit Lied
Guro Falk Eriksen
Hege Marie Rossow
Vebjørn Kvåle Løken
Kristine Kaatorp
Malin Holm



Gruppeoppgave i Kunnskapshåndtering, Ledelse og
Kvalitetsforbedring (KLoK)

UNIVERSITETET I OSLO

November 2011

Sammendrag

Bakgrunn og emne: Smykkebruk blant helsearbeidere kompromitterer god håndhygiene, og kan derved øke risikoen for nosokomiale infeksjoner. Gjennom arbeid ved ulike sykehus er det registrert varierende praksis når det gjelder legers bruk av ringer og klokker. Selv om det foreligger retningslinjer, etterleves ikke disse. Hensikten med forbedringsprosjektet er å redusere andelen leger som bruker ringer og klokker på medisinsk avdeling ved Hamar sykehus. Målsettingen er en nullvisjon innen tre måneder.

Kunnskapsgrunnlag: Norske studier har vist at personer som bruker ringer og klokker ikke bare har flere bakterier på hendene, men at de også i større grad overfører bakterier ved kontakt. Disse og andre studier danner grunnlaget for at både nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler at helsearbeidere fjerner ringer og klokker ved klinisk arbeid. Ingen studier har sett på effekt av tiltak for å redusere bruken av ringer og klokker, men det finnes erfaringsbasert kunnskap fra andre sykehus.

Tiltak og metode: Tiltakene som innføres er et informasjonsmøte, veggklokker på alle undersøkelsesrom og utdeling av smykkeposer. Sistnevnte har, som ett av flere tiltak, gitt gode resultater ved Kongsvinger sykehus. For å kontrollere grad av gjennomføring av tiltakene, og evaluere implementeringsprosessen, benyttes tre prosessindikatorer.

Organisering og ledelse: For å strukturere forbedringsprosjektet benyttes prinsippene i Langley og Nolans forbedringsmodell. Forankring i avdelingsledelsen før oppstart av prosjektet er essensielt da ledelsen kan gå foran som rollemodeller, samt sikre adekvate rammebetingelser. En prosjektleder med bred støtte blant legene velges for å utøve best mulig påvirkningskraft.

Vurdering og konklusjon: Resultatindikatoren, andelen leger med ringer og/eller klokker etter endt implementeringsperiode, viser om nullvisjon er nådd. Dersom dette ikke er tilfelle, må man gjøre endringer, og initiere en ny implementeringsrunde. Oppnås målet, må det tas stilling til om man skal utvide prosjektet til å gjelde flere avdelinger og yrkesgrupper, og om tiltakene bør innføres som rutine for fremtiden. Prosjektet er lite ressurskrevende og enkelt å gjennomføre, og det anbefales at det iverksettes.

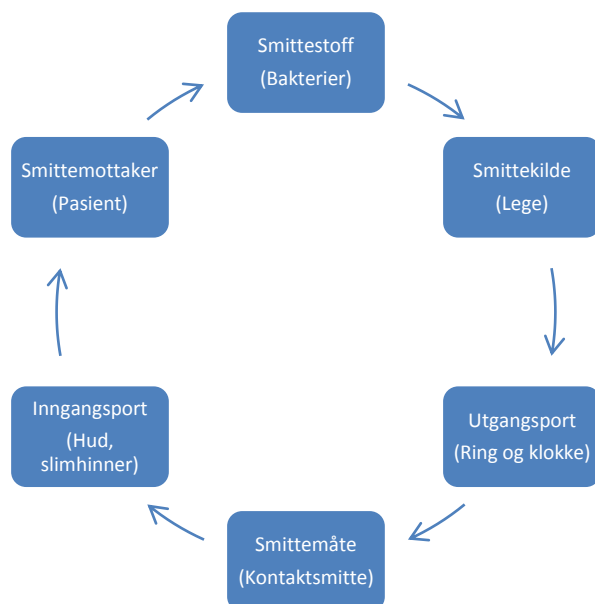
Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	3
2	Kunnskapsgrunnlaget	4
2.1	Generelle retningslinjer	5
2.2	Studier	5
2.3	Kunnskapsgrunnlag for effekt av tiltak	6
2.4	Erfaringsbasert kunnskap	6
3	Forbedringsarbeidet	7
3.1	Gjeldende praksis	7
3.2	Tiltak	8
3.2.1	Informasjonsmøte	8
3.2.2	Smykkepose	8
3.2.3	Veggklokke	9
3.3	Effekt av tiltak	9
3.4	Potensiell motstand mot tiltak	9
3.5	Indikatorer	9
3.5.1	Prosessindikator	9
3.5.2	Resultatindikator	10
4	Prosess og organisering for bedre praksis	10
4.1	Implementeringsprosessen	10
4.2	Ledelsesaspekter	13
5	Evaluering	15
6	Diskusjon	15
7	Konklusjon	16
8	Del 2	Error! Bookmark not defined.
8.1	Det første møtet	Error! Bookmark not defined.
8.1.1	Valg av tema	Error! Bookmark not defined.
8.1.2	Valg av leder	Error! Bookmark not defined.
8.2	Gruppeprosessen	Error! Bookmark not defined.
8.3	Lederens rolle	Error! Bookmark not defined.
8.4	Gruppesammensetning og gruppedynamikk	Error! Bookmark not defined.
	Referanser	17

1 Introduksjon

Nosokomiale infeksjoner er et stort helseproblem både internasjonalt og nasjonalt. Det medfører flere liggedøgn på sykehus, økt morbiditet og mortalitet, og det utgjør en stor økonomisk utgiftspost. WHO og Norsk folkehelseinstitutt (FHI) anslår at nosokomiale infeksjoner rammer 5-15 % av alle hospitalisert pasienter (1;2). Pasientsikkerhet er et svært aktuelt tema i norsk helsevesen og helsepolitikk, ikke minst blir det rettet fokus på dette i Helsedirektoratets ”Nasjonal pasientsikkerhetskampanje – I trygge hender”.

Infeksjonskontroll er en disiplin som benytter epidemiologiske og vitenskapelige prinsipper i kombinasjon med statistiske analyser for å forebygge eller redusere hyppigheten av nosokomiale infeksjoner (3). Effektive infeksjonskontrollprogrammer reduserer hyppigheten av nosokomiale infeksjoner og er kost-nytte effektive. God håndhygiene er et av flere viktige tiltak for å oppnå dette (3). Smittesirkelen (4) (Figur 1) illustrerer overføringen av bakterier fra helsepersonell til pasienter, en av kildene til en sykehuservervet infeksjon. Å bryte smittekjeden i kun ett ledd vil være tilstrekkelig for å hindre smitteoverføring.



Figur 1. Smittesirkelen

Bruk av ringer og klokker kompromitterer god håndhygiene, og det finnes internasjonale og nasjonale retningslinjer som fastslår at ringer og klokker skal fjernes ved klinisk arbeid (1;2).

Dessverre er det store avvik mellom teori og praksis ved norske sykehus, og det foreligger et stort forbedringspotensial. Det kan være flere årsaker til dette; tvil om kunnskapsgrunnlaget er tilstrekkelig, samt sosiale og emosjonelle aspekter. For mange helsearbeidere kan også ringer og klokke oppleves som en del av identiteten (1).

I denne oppgaven vil vi trekke fram våre erfaringer fra to ulike sykehus i Norge der to av våre gruppe-medlemmer jobbet sommeren 2011. Det ble observert at ved medisinsk avdeling på Kongsvinger sykehus brukte nesten ingen, verken sykepleiere eller leger, ringer og klokker. Ved medisinsk avdeling på Hamar sykehus var det uttalt bruk av ringer og klokker blant de ansatte. I forbedringsprosjektet rettes fokuset mot leddet ”utgangsport” i smittesirkelen. Dette gjøres ved å innføre et kvalitetsforbedringsprogram for å få leger ved medisinsk avdeling på Hamar sykehus til å slutte å bruke ringer og klokker på jobb. Målet er en nullvisjon innen tre måneder.

2 Kunnskapsgrunnlaget

Et usystematisk søk ble gjort i Cochrane, UpToDate, PubMed, McMaster Plus og Google, altså på alle nivåer i kunnskapspyramiden. For hjelp til søk ble bibliotekar kontaktet. For å søke etter artikler ble følgende PICO-spørsmål brukt:

PICO		Utvidet til:
P (populasjon)	Leger	”health care workers” ”doctors” ”physicians”
I (intervensjon)	Tiltak for å bli kvitt bruk av ringer og klokker	”finger ring”, ”ring”, ”watches”, ”wrist watches”, ”jewelry”, ”jewelry bag”
C (kontroll)	Ingen intervensjon	
O (utfall)	Reduksjon av andel leger som bruker ringer og klokker	”hand hygiene”, ”hospital infection”

Figur 2. PICO-spørsmål

Da søk med spesifikt PICO-spørsmål ikke ga noen relevante treff, ble søket utvidet. Søk med det utvidede PICO-spørsmålet i PubMed ga 17 relevante treff. Flere sammendrag ble lest, men kun to relevante artikler ble inkludert i kunnskapsgrunnlaget. Grunner til at artikler ble ekskludert var blant annet at de så på kirurgisk håndvask, manglet kontrollgruppe, var på andre fremmedspråk enn engelsk, ikke kunne sammenliknes med norske forhold og at de kun

omtalte andre tiltak for forbedring av håndhygiene. Grunnet få treff ble et mer uspesifikt søk gjort i flere databaser for å lete etter relevante artikler.

2.1 Generelle retningslinjer

I 2004 publiserte Folkehelseinstitutt en ”Nasjonal veileder for håndhygiene” hvor det slås fast at helsepersonell som har pasientkontakt ikke skal bruke verken ringer eller klokker (1). I 2009 utgav World Health Organization en rapport med nye retningslinjer for håndhygiene blant helsepersonell som et ledd i en større internasjonal pasientsikkerhetskampanje (2). I denne rapporten blir det slått fast at det foreligger et solid kunnskapsgrunnlag på det aktuelle fagområdet, og WHO anbefaler derfor alle helsearbeidere å ta av seg ringer og klokker på jobb.

2.2 Studier

I UpToDate nevnes det at det ikke er noen generell enighet om smykkebruk blant helsearbeidere (3), mens flere nyere studier som har sett på betydningen av smykkebruk for håndhygiene, finner klare indikasjoner på at bruk av ringer og klokker kan forverre håndhygiene. Et norsk doktorgradsarbeid av Mette Fagernes, “Mellom vilje og viten, en studie om smitterisiko, adferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringe blant helsearbeidere”, er verdt å trekke fram. Den første studien fra 2007 (5) fant ingen signifikant forskjell i totalt bakterieantall hos helsearbeidere med glatte ringer, men en senere, større studie fra 2010 har inkludert andre faktorer og får andre resultater. Spesielt interessant er den høye korrelasjonen mellom bruk av klokker og ringer, og funn av tre ganger så mange bakterier på hendene til helsearbeidere som bruker klokker (6). De bekrefter også et høyere antall bakterier (spesielt Enterobakterier) på hendene til helsearbeidere med glatt ring. Dette støttes også av en amerikansk studie (7). Den siste studien i doktorgradsarbeidet ser på overføringen av bakterier. Denne studien bekrefter høyere bakterietall ved bruk av ringer, og finner samtidig at høyere antall bakterier på hendene gir overføring av flere bakterier ved håndkontakt. I tillegg bekreftes det at leger i større grad enn andre yrkesgrupper bruker ringer på jobb (7). Det er også en studie som finner at effekten av håndvask er redusert dersom man bruker ringer (8).

2.3 Kunnskapsgrunnlag for effekt av tiltak

Ingen studier ble funnet om intervensjoner for å redusere smykkebruken. En systematisk oversikt i Cochrane ser på tiltak for å bedre håndhygiene generelt, men konkluderer med at ingen tiltak viser spesiell effekt (9). Under innhenting av kunnskapsgrunnlaget ble Mette Fagernes kontaktet og hun bekrefter manglende litteratur på implementeringsstudier på ringer og klokker.

2.4 Erfaringsbasert kunnskap

Ettersom evidensbasert kunnskap for effekt av tiltak er begrenset, er det ønskelig å supplere litteraturen med erfaringsbasert kunnskap. Hygienesykepleier Kari Anderson Rød ved Sykehuset Innlandet divisjon Kongsvinger (SI-K) ble kontaktet og kunne fortelle hvordan de har gått frem for å få de ansatte til å slutte å bruke ringer og klokker på jobb.

På et møte for Kongsvinger sykehus' strategiske ledergruppe hvor alle avdelingsledere deltok i 2010, presenterte Rød det nye kunnskapsgrunnlaget fra WHO rapporten. Sykehusledelsen ble overbevist om at praksisen måtte endres, og det ble vedtatt å følge WHO's oppfordring: "Save Lives: Clean Your Hands". Den store forskjellen i fremgangsmåte denne gangen sammenlignet med tidligere forsøk på å oppnå et smykkefritt sykehus, var i større grad å involvere ledelsen og å gi de enkelte avdelingslederne hovedansvaret for å gjennomføre de nødvendige tiltak:

- Hygienesykepleier lagde smykkeregistreringsskjema.
- Avdelingsleder registrerte smykkebruk blant sine ansatte uanmeldt fire ganger per år.
- Hygienesykepleier samlet registreringsskjema, førte statistikk og ga tilbakemelding til ledergruppen.
- Hygienesykepleier gjennomførte opplæring i korrekt håndhygiene
- Alle ansatte fikk en pose til oppbevaring av smykker samt et informasjonsskriv fra sykehusdirektøren. Den totale kostnaden for smykkeposer til alle ansatte ved sykehuset var 4-5000 kroner.

Før tiltakene ble iverksatt hadde 44,4 % (16 av 36) av legene på jobb den dagen *på seg* ring og/eller klokke. Det tilsvarende tallet for pleiepersonell var 21,6 % (19 av 136). Telling ett år etter at tiltakene ble gjennomført var tallene som følger; 12 % (6 av 50) hadde på seg ring(er) og/eller klokke, andelen blant pleiepersonalet var 2,5 % (4 av 159). Det var således en

betydelig reduksjon i andelen ansatte som brukte ringer og klokker. Leger var den yrkesgruppen hvor størst andel brukte smykker før tiltak ble iverksatt og hvor det var den største forbedringen.

Tilsvarende tall fra Sykehuset Østfold, Fredrikstad, viste at 35 % (6 av 17) av leger brukte ringer og/eller klokker ved et tilfeldig tidspunkt. Dette illustrerer at bruk av smykker er et gjennomgående problem ved flere sykehus (10).

3 Forbedringsarbeidet

3.1 Gjeldende praksis

Ved Sykehuset Innlandet er det ikke tillatt med bruk av ringer og klokker blant de ansatte (11). Dette gjelder alle som benytter hvitt arbeidsantrekk, og innebærer følgelig legene. Det foreligger ikke egne retningslinjer som gjelder spesifikt for medisinsk avdeling ved Hamar sykehus for smittevern og hygiene. Det er de overordnede prosedyrene til Sykehuset Innlandet som i dag brukes (12). Disse er utarbeidet i tråd med nasjonale veileder fra FHI (1).

Til tross for entydige prosedyrer brukes det som nevnt ringer og klokker blant legene ved medisinsk avdeling på Hamar sykehus. Hygienesykepleier ved sykehuset har fortalt at det foregår tellinger på sykehuset nå, men tall for medisinsk avdeling foreligger foreløpig ikke. Tall fra Kongsvinger og Fredrikstad (se avsnitt 2.4) gir en pekepinn på hvor utbredt bruken er, uten at dette kan overføres direkte til medisinsk avdeling, da det må ventes en variasjon mellom avdelinger og sykehus.

Det anses som en viktig del av forbedringsprosessen å være godt orientert om allerede eksisterende tiltak, før en eventuell innføring av nye. Tiltak per i dag for å etterleve prosedyrene ved avdelingen er opplæring av nye turnusleger og medisinstudenter i håndhygiene. Det har ikke vært noen systematisk opplæring av leger som allerede arbeider ved avdelingen, men hygienesykepleiere har ved noen anledninger vært inne på legenes morgenmøte for å minne om gjeldende prosedyrer. Påminnelsesplakater har i hovedsak kun hengt oppe ved utbrudd av norovirus (12).

3.2 Tiltak

3.2.1 Informasjonsmøte

Det første tiltaket er et informasjonsmøte hvor prosjektlederen (se avsnitt 4.2) sammen med ledelsen forklarer legene at bruk av ringer og klokke er et faktisk problem, hvorfor det er det, og hva som kan gjøres med det. Nøkkelen for å få til en forandring ligger i å skape en holdningsendring for deretter å følge opp med enkle og konkrete tiltak. Det blir viktig å invitere til innspill fra legene, for å få frem motstand mot å fjerne ringer og klokker, samt holdninger til prosjektet. Dersom målgruppen involveres i å utvikle den nye praksisen, blir implementeringsprosessen lettere gjennomførbar (13).

Som introduksjon skal det presenteres fakta om sammenhengen mellom bruk av klokke og ringer, håndhygiene, bakterier og infeksjon. Det henvises til nasjonale og lokale retningslinjer når det gjelder bruk av klokke og ringer i klinisk arbeid. Tall som viser andelen av legene ved avdelingen som brukte klokker og ringer ved baseline-tellingen (gjort på forhånd) legges også frem for å illustrere hvor stort problemet er i avdelingen. Samtidig vises det frem resultatet av en dyrkningsprøve (gjort på forhånd) av avdelingsoverlegens giftinger. Dette er ment som en ”vekker” for å øke motivasjonen for endring. På møtet vil også de andre tiltakene bli introdusert.

3.2.2 Smykkepose

Smykkeposene deles ut under informasjonsmøtet og det informeres om hvorfor de deles ut og hvordan det er ment at de skal brukes. Valget av smykkepose som tiltak, skyldes at den som ett av flere tiltak har bidratt til god effekt ved SI-K. Tanken bak er både den fysiske oppbevaringsplassen og den symbolske effekten. Ved å ha en smykkepose liggende i skapet i garderoben på sykehuset, vil de ansatte bli minnet på at smykker skal av hver morgen. Kanskje spesielt for kvinner, som ofte har flere smykker enn menn, vil den fysiske oppbevaringsplassen bli viktig. Flere av de kvinnelige legene som ble kontaktet fortalte at en av grunnene til at de ikke tok av seg smykkene, var at det var lite fristende å legge dem løst i et stort skap.

3.2.3 Veggklokke

Leger trenger tilgang til en klokke med sekundviser i sitt daglige kliniske arbeid med pasienter. Vårt tredje hovedtiltak er derfor at det skal henges opp veggklokker med sekundviser i alle rom på sykehuset hvor det kan være aktuelt å gjøre undersøkelse av pasienter. Dette er en forutsetning for at man kan kreve at legene skal gå uten egen klokke. Det er per i dag ikke veggklokker på alle rom, antallet må telles før oppstart av prosjektet.

3.3 Effekt av tiltak

Det er gjort flere studier på effekt av tiltak for å endre profesjonell atferd; informasjonsmøte er et lite effektivt tiltak brukt alene (14), sammensatte intervensjoner har derimot vist seg å være effektive (15).

Resultatindikatoren (se 3.5.2) krever at det blir foretatt kontroller av legene for å finne ut hvor stor andel som benytter klokke og ringer. Dette kan også ses på som et indirekte tiltak i form av en påminnelse, som ofte er effektive tiltak (14). Legene vil også få tilbakemelding på resultatene etter kontrollene, et tiltak som kan være effektivt når det gjelder å endre profesjonell atferd (14).

3.4 Potensiell motstand mot tiltak

Motstand mot navnet “smykkepose” kan ventes blant de mannlige legene. Dette fordi tiltaket kan oppfattes å være rettet mot kvinner. Smykkeposen bør derfor få et kjønnsnøytralt utseende og et annet navn kan vurderes. Informasjonsmøtet kan oppfattes som påtrengende og unødvendig i en travel hverdag. Veggklokker forventes det lite motstand mot.

3.5 Indikatorer

3.5.1 Prosessindikator

Prosess- og resultatsindikator er valgt på bakgrunn av kravene til en god kvalitetsindikator (16). For å monitorere prosessen med innføringen av tiltakene benytter vi tre prosessindikatorer som direkte reflekterer tiltakene:

1. *andel av legene som har deltatt på informasjonsmøtet*
2. *andel av legene som har fått utdelt smykkepose hver måned*

3. andel av undersøkelsesrom med veggklokke hver måned

Disse vil gi en indikasjon på hvor godt informasjonen er spredt, og hvor godt det er tilrettelagt rent praktisk for at legene skal kunne ta av seg ringer og klokker. De er også relevante, målbare og lette å tolke.

3.5.2 Resultatindikator

Som resultatindikator brukes *andel av legene som bruker ringer og/eller klokke* og dette tallet settes opp mot baseline-telling. Det skal gjennomføres tellinger hver måned, samt en oppsummerende telling etter 3 måneder og en kontrolltelling 6 måneder etter prosjektoppstart. Styrker ved denne indikatoren er at den er relevant og valid da det er klare retningslinjer på at ringer og klokker skal fjernes. Det er også lite ressurskrevende å utføre, målbart og tolkes likt av alle da det er et konkret tall. For å gjøre tellingen lett, gjennomførbar og minst mulig ressurskrevende, velges en dikotom form for telling – enten lege med ring og/eller klokke eller lege uten ring og/eller klokke. Det telles da ikke antall ringer eller klokker hos hver lege, noe som kan være en svakhet ved indikatoren da det er vist at antallet ringer spiller inn på bakteriemengden på hendene (6), og kan mulig gjøre den mindre sensitiv for endringer.

Den delen av prosessen som går på holdnings- og kulturendring er noe vanskeligere å monitorere. Hvorvidt det blir en endring her vil trolig best reflekteres i resultatindikatoren.

4 Prosess og organisering for bedre praksis

4.1 Implementeringsprosessen

Det kliniske mikrosystemet for vårt forbedringsprosjekt, er medisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet, Hamar. Deltagerne er alle legene på medisinsk avdeling; turnusleger, assistentleger og overleger. Vikarer og medisinstudenter i praksis skal også inkluderes. Det ville blitt vanskelig å bruke en mindre testgruppe, siden alle legene har felles morgenmøte, og det er rulling blant legene på de ulike underavdelingene.

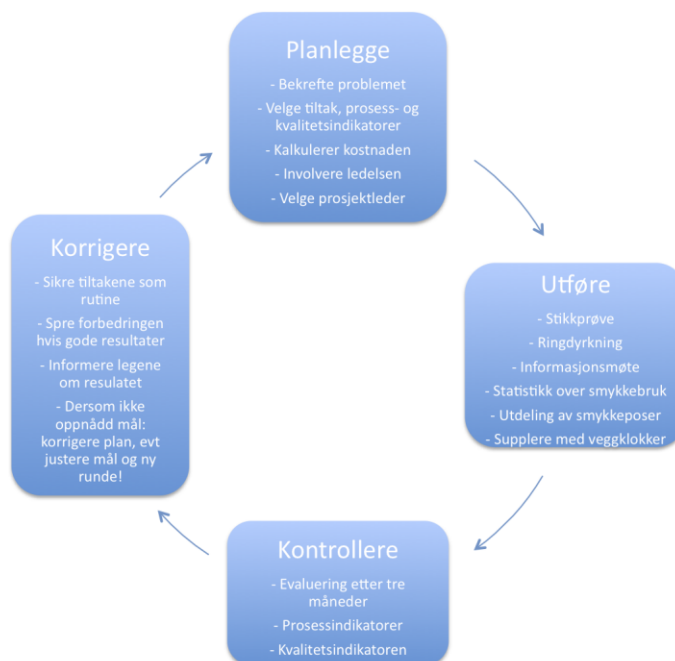
For å strukturere forbedringsprosjektet, benyttes prinsippene i forbedringsmodellen til Langley og Nolan (17). Den består av to hoveddeler. Den første delen brukes til å besvare tre kjernespørsmål ved forbedringsprosjektet:

1. **Hva er det man ønsker å oppnå?** Målet er en nullvisjon for bruk av ringer og klokker blant legene ved medisinsk avdeling innen tre måneder.

2. **Når er en endring en forbedring?** Dersom endringen fører til en reduksjon i andelen leger som bruker klokker og ringer, er dette en forbedring.

3. **Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?** Utdeling av smykkeposer, informasjonsmøte og veggklokker på undersøkelsesrom.

Den andre delen av Langley Nolars modell er forbedringssirkelen, PUKK-sirkelen, som består av fire deler – planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. Se figur 3. Ved å anvende PUKK-sirkelen, velges en syklisk tilnærming for å gjennomføre prosjektet. I løpet av en runde i sirkelen skal målet nås. Dersom dette ikke er tilfellet, iverksettes en ny runde i sirkelen. Endringer vil kunne redusere andelen leger med smykker ytterligere, og slik vil man etter hvert kunne nærme seg det endelige målet for kvalitetsforbedringsprosjektet.



Figur 3. PUKK-sirkelen

P - Planlegge:

- Avklare hvor utbredt problemet med smykkebruk blant legene på avdelingen er.
- Klargjøre kunnskapsgrunnlaget og fastsette målet for prosjektet.
- Utarbeide gode, enkle og kostnadseffektive forbedringstiltak. Avklare om disse tiltakene har dokumentert effekt, enten gjennom kunnskapsbasert eller erfaringsbasert praksis.
- Velge kvalitetsindikatorer slik at en forbedring enkelt kan måles.
- Kalkulere hvor mye prosjektet vil koste. Finne ut hvor mange smykkeposer og veggklokker som trengs, hvor mye det koster å produsere en smykkepose, og hvor dette lettest og rimeligst kan utføres.
- Kontakte avdelingsledelsen, presentere kort idéen, og avtale et møte. På møtet vil det være viktig å oppnå en god allianse med ledelsen og legge frem forbedringsprosjektet på en saklig og konstruktiv måte. Kunnskapsgrunnlaget og tiltakene presenteres, og det inviteres til innspill.
- Velge en prosjektleder som viderefører prosjektet (se 4.2).

U - Utføre:

- Innhenting av baseline-data på et morgenmøte. Dette skjer i form av en telling av ringer og klokker som ikke er varslet. Det telles også veggklokker på undersøkelsesrom.
- Dyrkning av avdelingsoverlegens gifting gjennomføres, slik at resultatet blir klart til informasjonsmøtet.
- Informasjonsmøtet avholdes på et av morgenmøtene som allerede har avsatt tid til fast internundervisning. Smykkeposene utdeles og det oppfordres til bruk.
- Prosjektlederen har ansvar for at de som ikke var til stede på møtet og nyansatte i implementeringsperioden blir informert om prosjektet og får utdelt smykkeposer.
- En fellesmail sendes ut til alle legene på avdelingen etter møtet.
- Resultatet av stikkprøven og påfølgende tellinger henges på legenes undervisningsrom.
- Det suppleres med veggklokker på de undersøkelsesrom som mangler dette.

K - Kontrollere:

Prosessindikatorene måles av prosjektlederen hver måned for å monitorere prosessen, og samtidig utfører prosjektlederen en telling av andelen leger med klokker og ringer. Etter tre måneder med gjennomførte tiltak, evalueres prosjektet av prosjektleder og avdelingsledelsen. Den endelige resultatindikatoren benyttes til å kontrollere om prosjektets nullvisjon er oppnådd.

K - Korrigere:

Dersom målet om nullvisjon er oppnådd, er det ikke behov for videre korrigering. Resultatet presenteres for legene. Det må vurderes om tiltakene nå skal innføres som rutine, og prosjektlederen må motivere til videre etterlevelse. Det må tas stilling til om en utvidelse av prosjektet, slik at det også kan omfatte andre avdelinger eller yrkesgrupper, vil være hensiktsmessig. For å sikre forbedringene for fremtiden, må det arrangeres et nytt informasjonsmøte hvert halvår, når nye turnusleger ankommer. Det er viktig at man oppnår en kultur hvor det er greit å minne hverandre på avdelingens nullvisjon. Det vil være interessant å gjøre en kontrolltelling etter ytterlige tre måneder for å sjekke om resultatet holder seg. Hvis ikke vil det være aktuelt å gjøre en ny implementeringsperiode.

Ved avvik og ikke oppnådd mål, må man diskutere årsaker til manglende etterlevelse. Dette gjøres først i prosjektledelsen, men må også tas opp på et morgenmøte med alle legene tilstede. Hva mener legene selv er årsaken til manglende etterlevelse? Etter gjennomgått implementeringsprosess, har de forslag til andre og bedre tiltak? Det er viktig å invitere til innspill om videre utforming og man må komme frem til endringer og muligheter for forbedring. Deretter vil prosjektledelsen enten korrigere planen eller justere målene, for så å ta en ny runde i PUKK-sirkelen. Dersom det er et fåtall leger som nekter å forholde seg til retningslinjene, bør disse kontaktes direkte og det bør avveies hvor mye ressurser det er hensiktsmessig å bruke for å få disse til å endre sin adferd.

4.2 Ledelsesaspekter

Ved medisinsk avdeling, Hamar sykehus, er ledelsesstrukturen og beslutningsprosessene som følger; daglige mindre beslutninger foretas av avdelingssjef, som er sykepleier, sammen med avdelingsoverlegen. Større beslutninger foretas av ledergruppa, i denne inngår avdelingssjef, avdelingsoverlege, de fire seksjonsoverlegene, avdelingssykepleier, samt leder av

sekretærtjenesten. Avdelingen har 10 overleger, 10 assistentleger og 9 turnusleger som fordeles mellom fire underavdelinger; gastro, kardiologi, endokrinologi og onkologi. Alle deltar på felles morgenmøte hver dag (18).

Etter samtale med avdelingsoverlegen kom det frem at et kvalitetsforbedringsprosjekt av denne størrelsen ville kunne blitt besluttet av avdelingssjef og avdelingsoverlege i felleskap, uten å involvere ledergruppa. Det vil være nyttig å forankre beslutningen i ledergruppa for å nå frem til alle plan av organisasjonen.

Prosjekteier er avdelingsoverlegen, noe som knytter prosjektet til organisasjonen, og sikrer nødvendig rammebetingelser for prosjektet. Vedkommende vil i sin tur utnevne en prosjektleder blant legene. Det er en fordel om en lokal opinionsleder vil være prosjektleder. En lokal opinionsleder kjennetegnes ved at den er godt likt, en de ansatte stoler på og som har påvirkningskraft. Det finnes forskning som viser at dette øker sjansen for å få gjennomført endringen (19). Å skape endring og utvikling er en pedagogisk oppgave. En norsk studie viste at få ledere ser på seg selv som pedagoger og veiledere, noe som kan vanskeliggjøre en implementeringsprosess (20). Disse utfordringene kan overkommes ved at en av overlegene, med erfaring og interesse for undervisning, samt anseelse, forespørres om å være prosjektleder. Prosjektet er ikke av en slik størrelse at det kan forsvares å etablere en prosjektgruppe, da ressursbruken vil bli for stor, men prosjektlederen står fritt til å delegere ansvar for praktiske oppgaver. Prosjektleder får et mandat fra prosjekteier som inneholder tids-, kostnads- og ressursrammer, samt kriterier for vellykkethet.

Prosjektlederens oppgaver blir blant annet å rapportere tilbake til avdelingsoverlegen/prosjekteier om fremgang i prosjektet, holde informasjonsmøtet, telle andelen leger med ringer og klokker og det praktiske arbeidet rundt prosjektet. God kommunikasjon mellom prosjekteier og prosjektleder må vektlegges (21).

For vellykket implementering er det viktig å forankre prosjektet i ledelsen, og at ledelsen går foran som gode rollemodeller. Et nyinnført tiltak vil alltid risikere å møte motstand. Tiltak krever lite innsats og ressurser av ledelsen, med henblikk på arbeidskraft og økonomi, for å gjennomføre prosjektet. Dette kan beskytte mot at mye motstand oppstår. Ledelsen har også et ansvar for å følge opp den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender”, med et mål om å senke andelen sykehusinfeksjoner. Dette forbedringsprosjektet kan være et bidrag til dette.

5 Evaluering

Målet er en nullvisjon når det gjelder bruk av klokker og ringer innen en tre måneders periode. Det vil derfor være naturlig å evaluere prosjektet etter tre måneder. Når prosjektet skal evalueres vil det være fornuftig å se på følgende fire aspekter:

Resultatindikatoren vil gi et klart svar på om målet er nådd eller i hvilken grad målet er nådd. Dette vil gi pålitelig kunnskap om hvorvidt prosjektet har gitt det ønskede resultat. Det gir derimot ikke svar på hvilke(t) tiltak som har gitt den ønskede effekten.

Prosessindikatorene vil gi informasjon om i hvilken grad tiltakene er gjennomført.

Hvordan har legene opplevd prosjektet? Avholde et evalueringsmøte der tilbakemelding fra legene vil være viktig. Hvilke av tiltakene føler de ansatte at har hatt effekt? Forslag til forbedring eller andre tiltak?

Hvordan har prosjektleder og avdelingsledelsen opplevd prosjektet? Utveksling av tanker og erfaringer i et møte. Har tiltakene vært overkommelige å innføre administrativt, økonomisk og i forhold til tids- og ressursbruk?

Det vil i første omgang være naturlig å gå en ny runde i PUKK-sirkelen etter tre måneder hvis målet ikke er nådd. Resultatet av en slik evaluering vil kunne ligge til grunn for endringer.

6 Diskusjon

Det overordnede målet med å redusere bruk av ringer og klokker hos helsepersonell er å redusere forekomsten av nosokomiale infeksjoner, men ingen studier har sett direkte på denne sammenhengen. Derimot er det kjent at dårlig håndhygiene bidrar til å spre sykehusinfeksjoner (3), og med bakgrunn i artiklene fra kunnskapsgrunnlaget kan det fastslås at bruk av ringer og klokker bidrar til dårligere håndhygiene. Dessuten utgjør gjeldende retningslinjer fra WHO, FHI og Sykehuset Innlandet en klar indikasjon for hvorfor et slikt kvalitetsforbedringsprosjekt bør gjennomføres.

Forsøk på kvalitetsforbedring har vært gjennomført tidligere, men bruk av ringer og klokker utgjør fremdeles et stort problem. Et viktig spørsmål er hvorfor leger ikke fjerner smykker ved arbeid. En faktor kan være manglende kunnskap eller manglende tro på denne. Dette er

noe man vil få oppklart ved et informasjonsmøte. Andre faktorer er identitet og følelser som er knyttet til bruk av ringer og klokker, særlig sterke følelser er knyttet til giftering. Det er et håp at prosjektet vil medføre holdningsendringer blant de ansatte, slik at dette blir et mindre problem.

Selv om det mangler evidens for en direkte sammenheng mellom smykkebruk og nosokomiale infeksjoner, kan det å fjerne ringer og klokker være et lite, men viktig bidrag til å redusere andelen sykehusinfeksjoner. Det er vanskelig å knytte en nedgang i sykehusinfeksjoner direkte til våre tiltak da det er mange konfunderende faktorer som spiller inn, som for eksempel håndvask og bruk av smitteregime. Det er også mulig at man ved å sette fokus på bruk av ringer og klokker øker fokuset på håndhygiene generelt.

I mangel av evidensbasert kunnskap om implementeringen av et slikt prosjekt, er det brukt erfaringsbasert kunnskap fra andre norske sykehus. De valgte tiltakene kan enkelt gjennomføres, de er billige og innsatsen som kreves av hver enkelt lege er minimal. Smykkeposen og veggklokker bidrar til at de praktiske barrierene for gjennomføring overkommes. Prosjektet er samtidig lite tidskrevende for prosjektleder.

7 Konklusjon

Entydige retningslinjer foreligger, og det er derfor en klar indikasjon for å implementere et slikt kvalitetsforbedringsprosjekt, fordi bruk av ringer og klokker er utbredt ved medisinsk avdeling, Hamar sykehus. Tiltakene er billige, lite ressurskrevende og enkle å gjennomføre. Vår konklusjon er derfor at prosjektet bør iverksettes.

Referanser

- (1) Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nasjonal veileder for håndhygiene. 2004.
- (2) World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009.
- (3) N Deborah Freedman, Daniel J Sexton. General principles of infection control. 2011. UpToDate.
- (4) Miklos Degré, Geir Bukholm, Halvor Rollag. Medisinsk mikrobiologi s. 430. 2000. Gyldendal Akademisk.
- (5) Fagernes M, Lingaas E, Bjark P. Impact of a single plain finger ring on the bacterial load on the hands of healthcare workers. Infect Control Hosp Epidemiol 2007 Oct;28(10):1191-5.
- (6) Fagernes M, Lingaas E. Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers. J Adv Nurs 2011 Feb;67(2):297-307.
- (7) Fagernes M, Lingaas E. Impact of finger rings on transmission of bacteria during hand contact. Infect Control Hosp Epidemiol 2009 May;30(5):427-32.
- (8) Salisbury DM, Hutfilz P, Treen LM, Bollin GE, Gautam S. The effect of rings on microbial load of health care workers' hands. Am J Infect Control 1997 Feb;25(1):24-7.
- (9) Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh JH. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. Cochrane Database Syst Rev 2010;(9):CD005186.
- (10) Direkte kontakt med Linda Abelsen, kvalitetsrådgiver ved Sykehuset Østfold, Fredrikstad. 2011.
- (11) Prosedyre:SI 22.03-03 Arbeidsantrekk. 2003.
- (12) Direkte kontakt med Cicilia Tomter, hygiesykepleier ved Sykehuset Innlandet, Hamar. 2011.
- (13) Håndbok i implementering ved Sykehuset Innlandet, kap 2.8 tilgjengelig fra <http://sites.google.com/site/fagressursportalen/Implementering>. 2011.
- (14) A.Bjørndal, S.Flottorp, A.Klovning. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag s.183-184. 2007.

- (15) Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. CMAJ 1995 Nov 15;153(10):1423-31.
- (16) Avsnitt om kvalitetsindikatorer på fagsidene til KLOK, tilgjengelig på <http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>. 2011.
- (17) Forbedringsmodellen til Langley og Nolan tilgjengelig på http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/. 2011.
- (18) Direkte kontakt med Roald Torp, avdelingsoverlege ved medisinsk avdeling Hamar sykehus. 2011.
- (19) Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2011;(8):CD000125.
- (20) B P Skogsaas, M V Svendsen. Endringsledelse i sykehus. 2006. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:3084-7.
- (21) Erling S.Andersen. Illuminating the role of a project owner. International Journal of Managing Projects in Business 5[1]. 2011.
- (22) Henning Bang. Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvillke faktorer påvirker det? 45[3], 272-286. 2008. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening.
- (23) Kendra Cherry. What Is Democratic Leadership? tilgjengelig på <http://psychology.about.com/od/leadership/f/democratic-leadership.htm>. 2011.
- (24) Kjell Grønhaug, Odd Hellesøy, Geir Kaufmann. Ledelse i teori og praksis s.105. 2001.
- (25) Kaufmann & Kaufmann. Psykologi i organisasjon og ledelse. 2009.